

Formulário de designação de representante autorizado



Envie este formulário caso queira designar um representante autorizado para agir em seu nome. Se um representante autorizado tiver assinado o pedido em seu nome, ou se você for representante autorizado solicitando em nome de outra pessoa, **DEVERÁ** enviar este formulário para que o pedido seja processado.

Não é necessário preencher este formulário caso more em uma instituição e deseja que cópias das notificações de elegibilidade sejam enviadas a você e ao seu cônjuge que ainda mora em casa. Isso será feito automaticamente.

Observação: um representante autorizado tem poder para agir em nome de um solicitante ou membro em todas as questões com o MassHealth e o Health Connector, e receberá informações pessoais sobre o solicitante ou membro até recebermos uma notificação de cancelamento rescindindo essa representação, ou após a morte do solicitante ou membro. Esse poder não será rescindido automaticamente assim que processarmos o pedido.

É possível escolher alguém para ajudar você.

É possível escolher um representante autorizado para ajudar você a obter cobertura de saúde por meio de programas oferecidos pelo MassHealth e pelo Health Connector. Você pode fazer isso ao preencher este formulário (o Formulário de Designação de Representante Autorizado). Você ou um representante pode assinar por si mesmo e pelos dependentes menores de 18 anos de quem você seja o pai ou mãe que exerce a custódia. Você não é obrigado a ter um representante para solicitar ou receber benefícios.

Quem pode me ajudar?

1. Um representante autorizado pode ser um amigo, membro da família, parente ou outra pessoa ou organização de sua escolha que concorde em ajudar. Cabe a você escolher um representante autorizado, se desejar. Nem o MassHealth nem o Health Connector escolherão um representante autorizado por você. Você deverá designar por escrito (preencher a Seção I, parte A) a pessoa ou organização que deseja ter como representante autorizado. O representante autorizado também deve preencher a Seção I, Parte B. Às vezes, nos referimos a essa pessoa ou organização como "representante autorizado da Seção I".
2. Se você não puder designar um representante autorizado por escrito e não tiver um representante autorizado ou outra pessoa autorizada por lei a representar você, uma pessoa (não uma organização) que garantir que representará você com responsabilidade poderá ser seu representante autorizado se preencher a Seção II deste formulário. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção II".
3. Um representante autorizado também pode ser alguém que tenha sido nomeado por lei para representar você ou em nome do inventariante de um solicitante ou membro que tenha falecido. Essa pessoa deverá preencher a Seção III. Você ou essa pessoa deverá nos enviar, além deste formulário, uma cópia do documento legal declarando que essa pessoa tem poder para representar você ou o inventariante de um solicitante ou membro falecido. Às vezes nos referimos a essa pessoa como "representante autorizado da Seção III".
4. Um representante autorizado da **Seção III** pode ser um tutor legal, curador, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde, ou, se o solicitante ou membro tiver falecido, o inventariante.

O que um representante autorizado pode fazer?

Um representante autorizado da Seção I ou II pode:

- preencher formulários de pedido ou renovação;
- preencher outros formulários do MassHealth ou Health Connector de elegibilidade ou admissão;
- comprovar as informações apresentadas nesses formulários;
- informar mudanças de renda, endereço ou outras circunstâncias;
- obter cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão do MassHealth e Health Connector; e
- representar você em todos os demais assuntos com o MassHealth e o Health Connector.

O que um representante autorizado da Seção III está autorizado a fazer por você (ou pelo espólio de um solicitante ou membro falecido) dependerá da redação da nomeação legal.

Observe que: as notificações de elegibilidade podem incluir informações sobre outros membros do domicílio de um solicitante ou membro. Se houver várias pessoas na sua residência, talvez não seja possível enviar cópias de algumas das suas notificações ao seu representante autorizado, a menos que cada membro do domicílio também tenha designado o mesmo representante autorizado, ao preencher um formulário de designação de representante autorizado separadamente.

SEÇÃO 1 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro puder assinar)

Parte A – a ser preenchida pelo solicitante ou membro. Use letra de forma, exceto na assinatura.

Nome do solicitante/membro		Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____		
E-mail do solicitante/membro		
Certifico que escolhi a pessoa ou organização a seguir para ser meu representante autorizado e de dependentes menores de 18 anos dos quais sou o pai ou a mãe em exercício de custódia. Confirmo também que entendo os deveres e responsabilidades que essa pessoa ou organização terá (conforme explicado anteriormente neste formulário).		
Assinatura do solicitante/membro		Data
Nome do representante autorizado	Telefone do representante autorizado	
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)		

Parte B – a ser preenchida pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura.

B1. PREENCHER SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA PESSOA.

Certifico que sempre mantereire a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, dos dependentes do solicitante ou membro, que me forem fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Se eu também for prestador de serviços, funcionário ou voluntário afiliado a uma organização e estiver agindo na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à minha designação como representante autorizado, certifico que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no Código de Regulamentos Federais (C.F.R.) 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do representante autorizado		Data
Nome do representante autorizado em letra de forma	E-mail do representante autorizado	

B2. PREENCHA SE O REPRESENTANTE AUTORIZADO FOR UMA ORGANIZAÇÃO.

Certifico, em nome da organização indicada abaixo, que esta sempre manterá a confidencialidade de todas as informações sobre o solicitante ou membro indicado acima e, se for o caso, sobre os dependentes do solicitante ou membro, que forem apresentadas à organização pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Eu, o prestador de serviços, funcionário ou voluntário da organização indicada abaixo, ao preencher este formulário, certifico, em meu nome e em nome da organização que represento, que qualquer prestador de serviços, funcionário ou voluntário que atue em nome da organização em conexão com esta designação de representante autorizado cumprirá sempre todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Assinatura do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		Data
Nome em letra de forma do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		
E-mail do prestador de serviços, funcionário ou voluntário preenchendo o formulário		Nome da organização representante autorizada

SEÇÃO 2 Designação de representante autorizado (se o solicitante ou membro não puder apresentar a designação por escrito)

A ser preenchido pelo representante autorizado. Use letra de forma, exceto na assinatura. Preencha um formulário para cada solicitante ou membro.

UMA ORGANIZAÇÃO NÃO SE QUALIFICA PARA SER REPRESENTANTE AUTORIZADO PREVISTO NESTA SEÇÃO.

Certifico que o solicitante ou membro indicado abaixo não pode apresentar designação por escrito e, salvo informação em contrário, não tem uma pessoa que possa ser seu representante autorizado, tal como um representante autorizado já existente, tutor, curador, inventariante, titular de procuração ou procurador de cuidados de saúde. Além disso, certifico que estou suficientemente ciente das circunstâncias deste solicitante ou membro para assumir a responsabilidade pela exatidão das declarações feitas em seu nome durante o processo de elegibilidade e em outras comunicações com o MassHealth ou o Health Connector, que entendo meus direitos e minhas responsabilidades como representante autorizado dessa pessoa (conforme explicado anteriormente neste formulário). Se a pessoa conseguir entender a situação, informei a ela que o MassHealth e o Health Connector me enviarão cópias de todas as notificações de elegibilidade e admissão, com o que essa pessoa concorda; eu ainda disse à pessoa que ela poderá me excluir ou substituir da função de representante autorizado a qualquer momento pelos métodos descritos anteriormente neste formulário.

Certifico ainda que sempre manterei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro abaixo que a mim forem enviadas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Caso eu também seja prestador de serviços, funcionário ou voluntário de uma organização e esteja atuando na qualidade de prestador de serviços, funcionário ou voluntário em relação à designação como representante autorizado, certifico ainda que sempre cumprirei todas as leis e regulamentações estaduais e federais em vigor em relação à confidencialidade de informações e conflitos de interesse, inclusive aqueles estabelecidos no C.F.R. 42, parte 431, subparte F, C.F.R. 42 § 447.10 e C.F.R. 45 § 155.260(f).

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (mm/dd/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____	
Assinatura do representante autorizado	Data (mm/dd/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Se o representante autorizado da Seção II for afiliado a uma organização e estiver atuando como tal, um indivíduo autorizado a responder em nome da organização, tal como executivo, deverá assinar abaixo para indicar o reconhecimento e a concordância da organização com as representações e garantias feitas acima.

Nome do executivo	Cargo do executivo
Assinatura do executivo	Data (dd/mm/aaaa)

SEÇÃO 3 Designação de representante autorizado (se nomeado por lei)

A ser preenchido por um representante autorizado nomeado por lei (com autorização para atuar em nome do solicitante ou membro na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde, incluindo, entre outros, tutor, curador, inventariante de um solicitante ou membro, titular de procuração ou procurador de cuidados médicos). Use letra de forma, exceto na assinatura. Envie uma cópia do documento legal relevante com este formulário.

Certifico que sempre mantereirei a confidencialidade de todas as informações relativas ao solicitante ou membro, conforme estabelecido abaixo, que forem a mim fornecidas pelo MassHealth ou pelo Health Connector.

Nome do solicitante/membro	Data de nascimento do solicitante/membro (dd/mm/aaaa)
Número de identificação do MassHealth _____ OU últimos quatro dígitos do SSN do solicitante/membro _____	
Assinatura do representante autorizado	Data (dd/mm/aaaa)
Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)	Telefone do representante autorizado
Endereço do representante autorizado (endereço para correspondência, cidade, estado, CEP)	E-mail do representante autorizado

Como terminar a designação de um representante autorizado?

Se decidir que não quer mais um representante autorizado de Seção I ou Seção II, você deverá notificar o MassHealth ou Health Connector por correio, fax ou telefone no momento em que desejar que a designação termine. Veja abaixo as informações de contato. Se você enviar este aviso por correio ou fax para nós, o aviso deve incluir seu nome, endereço e data de nascimento, o nome de seu representante autorizado, uma declaração de que a designação terminou e sua assinatura ou, se você não puder fornecer aviso por escrito, a assinatura de alguém agindo em seu nome (no caso de um representante autorizado da Seção II apenas).

Além disso, se o representante autorizado notificar o MassHealth ou Health Connector que ele ou a organização não está mais agindo em seu nome, ele a organização deixará de ser reconhecido como seu representante autorizado.

A autorização de um representante da Seção I ou da Seção II termina quando a sua nomeação legal termina.

A designação do representante autorizado de Seção III termina quando a sua nomeação legal termina. O representante autorizado deverá notificar o MassHealth ou Health Connector conforme as instruções acima.

Além disso, a designação de um representante autorizado para um menor termina na data de aniversário de 18 anos.

Como devo enviar este formulário?

Se você estiver solicitando benefícios de saúde, envie o formulário de designação de representante autorizado preenchido com o pedido.

Se você já estiver recebendo benefícios, deverá enviar o formulário no momento em que desejar designar um representante autorizado, ou que desejar terminar a designação declarada.

- Envie o formulário para:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Envie o formulário por fax para (857) 323-8300; ou
- Ligue para (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.